

Aspêto relevografico patologico do estomago e duodeno. ¹⁾

Relevografia nas gastrites e duodenites

ADAYR ARAUJO

Cirurgião do Hospital Santa Casa

Relevografia e gastroscopia — Classificação relevografica e anatomo-patologica das gastrites — Sua expressão radiologica — O denteado da grande curvatura — Criticas e apreciações sobre as mesmas — A expressão radiologica da duodenite.

Nascida aos poucos e gradativamente desenvolvida como vimos, a relevografia gastroduodenal foi rapidamente se firmando no conceito medico graças aos numerosos estudos que se fizeram a seu respeito, mostrando o grande auxilio que ela poderia prestar no diagnostico das gastrites, das ulceras e dos tumores.

Estudaremos agora separadamente os diferentes aspêtos fornecidos pelas imagens relevograficas nas gastrites, na ulcera e nos tumores.

O diagnostico de gastrite passou na sua evolução cronologica por tres fases distintas: estabelecida como entidade nosologica por Broussais em 1812, a gastrite começou a ser diagnosticada com uma facilidade espantosa, aumentando-se extraordinariamente o seu campo de ação; depois veio uma fase em que se restringiu muito a sua amplitude e na qual quasi não se lhe ligava atenção, estando em foco nesta ocasião os diagnosticos de “dispepsia nervosa cronica”, “gastralgia nervosa”, etc. Ultimamente porem o diagnostico de gastrite voltou a ser estudado e aos poucos foi ocupando o lugar que verdadeiramente lhe compete graças a estudos anatomo-patologicos e ao advento da gastroscopia. Hoje em dia estudos recentes mostram-nos a enorme importancia da gastrite qualquer que seja a sua forma; e, como meio de diagnostico de primeira ordem, temos atualmente a relevografia.

As pesquisas de Konjetzny, Gutzeit, Klaus Baatz, Albrecht e muitos outros são concludentes. Gutzeit por exemplo procura controlar os resultados fornecidos pela relevografia com os da gastroscopia e acha que êles estão de perfeito acordo na grande maioria dos casos. Klaus Baatz controla os resultados da relevografia pela intervenção cirurgica, pela gastroscopia e pelo estudo do quimismo gastrico, mostrando-se entusiasmado com o processo.

Vejamos pois quais as alterações do desenho relevografico normal capazes de nos dar um diagnostico de gastrite.

As formas sub-agudas e as formas cronicas são as que se mostram mais significativas sob o ponto de vista relevografico.

O fundamento da interpretação das imagens relevograficas é a anatom-patologia e basêa-se nela a divisão das gastrites sub-agudas e cronicas em gastrites hipertroficas ou hiperplasicas e gastrites atro-

1) Capitulo da tèse **Relevografia gastro-duodenal.**

ficas; são também frequentes as formas mixtas em que ao lado de zonas atrofiadas notam-se, no mesmo órgão, distritos hipertrofiados.

Na imagem relevografica de uma gastrite observamos alterações importantes que se produzem para o lado do numero das dobras, sua disposição, sinuosidade, largura, etc., e, por outro lado, certos aspétos completamente típicos que passaremos a descrever.

O aumento das dobras em espessura e a sua rigidês acentuada nos fazem pensar logo em uma forma sub-aguda ou cronica, mas de evolução recente, da gastrite hipertrofica.

Na gastrite cronica hipertrofica encontramos ao lado da grande irregularidade das dobras, atestada por seu trajeto completamente atípico, por bruscas interrupções, pela sua falta de elasticidade, de deslissamento sobre a camada muscular, certos aspétos interessantes tais como a "turvação" ("Schummerung") da imagem relevografica e a apparencia engranitada, granulada, da imagem relevografica, tão bem descrita por Gutzeit sob o nome de "Kernige Aufhelungen".



Fig. n.º 3 — Aspéto típico de gastrite que se evidencia ainda mais no antro.

O aumento da camada de muco aderente á mucosa, assim como das outras secreções do estomago, torna-se responsavel por esse aspéto turvo que entretanto nem sempre é expressão patognostica de gastrite, assim como também não tem valor absoluto para decidir da natureza do estado patologico.

Muito mais importante sob o ponto de vista diagnostico é o aspéto granulado da mucosa; as irregularidades podem ter diversos aspétos: granulos, verrugas, bolhas ou polipos, donde Gutzeit denominar a estas diversas variedades de: gastrites granulosa, verrucosa, bolhosa ou poliposa, de acordo com

a sua forma. Gutzeit que com afincio se dedicou ao estudo deste aspéto granulado em 60 casos, baseando seus estudos em controles gastroscopicos, chegou á conclusão de que êle é, sinão patognostico, pelo menos de grande valor para o diagnostico da gastrite; devemos entretanto ter sempre o cuidado de eliminar as causas de erro que passaremos a enumerar: bolhas de ar, detritos alimentares têm sido inculcados de poderem produzir tais imagens — Gutzeit responde negativamente quanto aos primeiros, dizendo que em casos nos quais o exame gastroscopico revelou grande quantidade de secreção e ar não apparecia entretanto o aspéto granuloso; quanto aos segundos ha possibilidade de simularem o aspéto gastrítico mas as irregularidades serão muito maiores e alem disso, como tambem nos casos de bolhas de ar (alguns autores apesar das observações de Gutzeit continuam a inculcá-las), a radioscopia mostrando a sua mobilidade na luz do órgão desfaz toda a possibilidade de confusão. A mistura da solução opaca com as secreções do estomago pode produzir conglutinações irregulares, produzindo uma densidade irregular da sombra da mucosa; mas tais imagens, que Gutzeit diz ter tambem observado, têm um aspecto floconoso característico, difficilmente se prestando á confusão.

Do estudo destas causas de erro deduz-se mais uma vez a necessidade do esvaziamento previo do estomago por meio de uma sonda.

Na parte superior do estomago, “fornix” e tergo superior do “corpus” existem ás vezes zônas irregulares, granuladas, maiores do que as irregularidades gastricas, cercadas por uma aureola de sombra densa e que nada têm a ver com as formações gastríticas, pois são a expressão do entrecruzamento de dobras finissimas do estomago. O seu aspéto e a sua séde servem de caracteres diferenciais.

Por ultimo vejamos o que tem sido interpretado por “estado mamelonado”. Alguns autores distinguem duas especies de “estado mamelonado”; um normal, formado pela contração da “muscularis mucosae”, outro patologico, caracterizado por granulações irregulares em forma e tamanho e que representam a mucosa que sofreu uma hipertrofia, poliposa ou não, separados por sulcos que representam a mucosa normal; no “estado mamelonado” normal as granulações são iguais e não irregulares como no patologico. Konjetzny é de opinião que se deva reservar a designação de “estado mamelonado” unicamente para a gastrite atrofica hiperplasica, pois foi para ela que Louis a creou. Gutzeit diz nunca ter observado gastroscopicamente tal imagem, do mesmo modo que Schindler diz ser o “estado mamelonado” um aspecto do estomago do cadaver, afirmando que o “estado” descrito por Berg nada mais é do que uma gastrite bolhosa de grandes bolhas.

Adotando a interpretação destes autores, vemos que o “estado mamelonado” em nada diminue o valor diagnostico do aspecto granulado.

Este aspecto granulado toma em alguns casos uma grande importancia tal o seu desenvolvimento, formando uma imagem que já

tem sido designada por alguns autores, aliás com muita propriedade, “imagem em ninho de abelha”.

Outro ponto que foi muito discutido, no início do resurgimento das gastrites, foi o aspéto irregularmente denteado da grande curvatura, cuja interpretação se prestou a inúmeras e acaloradas discussões.

Quando foi assinalado pela primeira vez por Groedel, este batizou-o de “pequeno peristaltismo” julgando ser aquêlo o aspecto radiografico de pequenas ondas peristalticas da grande curvatura. G. Schwarz porem, dedicando-se com mais afineco á questão, chegou á conclusão de que este aspéto era a expressão de um intumescimento da mucosa, que se apresentava nos preparados histologicos, inflamada, de côr vermelho-azulada; assim foi este autor o primeiro que poz em relação o “denteado” da grande curvatura com “uma determinada forma de gastrite”. Hoje a interpretação de Schwarz é aceita por quasi todos os radiologistas.

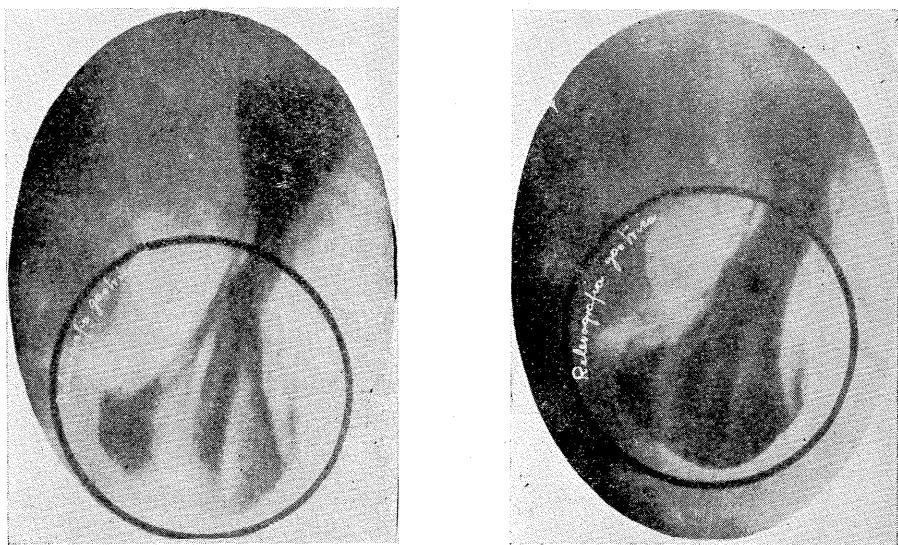


Fig. n.º 5 — Processo de antrite, caracterizando-se pelo aspeto turvo do antro, pregas mucosas aumentadas de volume. Havia no caso uma ulcera duodenal.

Na gastrite atrofica, ao contrario do que na precedente, o que se observa é o aspéto do enfraquecimento generalizado do desenho relevografico. Aliás, a forma atrofica pura da gastrite é bastante rara; a propria gastrite cancerosa que é uma das que mais frequentemente se faz acompanhar da atrofia da mucosa, se caracteriza no maior numero dos casos pela forma mixta, isto é, pela gastrite cronica atrofica hiperplastica tal como ela é classicamente designada. Nesta forma de gastrite observam-se ao lado de distritos atrofiados ou em via de atrofia, nos quais o desenho mucoso mal é perceptivel, zônas em que se notam todos os caracteres que acabamos de descrever na gastrite hipertrofica.

Não têm sido porem, forçoso é confessar, unanimes as apreciações sobre o diagnostico de gastrite feito pela relevografia. Schindler por exemplo, acha que a grande variabilidade fisiologica da mucosa constitue uma causa de erro frequente no diagnostico das gastrites; cita, como ilustrativo do que afirma, o caso de um paciente em que sómente após 11 exames, feitos segundo a técnica de Berg e por alunos deste radiologista, foi possível evidenciar uma gastrite. Duval, Roux, Bécélère e Moutier, em comunicação feita ao IIIº Congresso Internacional de Radiologia reunido em Paris em Julho de 1931, acham que o diagnostico das lesões gastricas unicamente pelo processo radiologico, deve comportar grandes reservas, pois, estudando comparativamente aspectos macroscopicos, expressões radiologicas e lesões histologicas da mucosa, encontraram que, a aspétos macroscopicos e expressões radiologicas normais, correspondiam estados histologicos variaveis, normais ou patologicos.

Tanto a um como a outro desses autores se poderá responder que, pelo fato de ser o estudo relevografico do estomago um ótimo auxiliar no diagnostico das gastrites, não se pode prescindir dos outros processos: é o conjunto de todos os dados, anamnesticos, laboratoriais, instrumentais, etc., que orientará positiva ou negativamente o diagnostico nos casos mais complicados; na maioria dêles entretanto achamos que a anamnese e um bom exame relevografico, praticado segundo todas as regras, será suficiente para resolver a questão. Não se vá entretanto supôr que a relevografia nos possa informar sobre certas lesões histologicas muito discretas da mucosa, quando nem o aspéto macroscopico da mesma, examinada em preparados de resecção, nos fornece resultados positivos sobre tais lesões, conforme dizem os proprios autores da critica.

Para o lado do duodeno é tambem tipica a imagem da duodenite, em que se confundem uns com os outros os finos sulcos do relevo duodenal, dando um aspéto turvo, fosco por assim dizer, á imagem relevografica.

A respeito do valor destas imagens de gastrite e duodenite sob o ponto de vista medico-cirurgico, teremos ocasião de nos referir no proximo capitulo.

Relevografia na ulcera

Conceito anatomopatologico de ulcera — A relevografia em face deste conceito — A imagem estrelada — sua formação e significação — Lesões gastriticas peri-ulcerosas.

Ulcera, segundo a definição mais recente, anatomo-patologica, é todo processo patologico destrutivo que em profundidade excede á “muscularis mucosae”. O ataque e a destruição da “muscularis mucosae” constituem pois o principal ponto no diagnostico diferencial entre uma erosão simples da mucosae e uma ulcera jovem. Torna-se necessario dar antes essa definição, pois sempre que nos referimos á

palavra ulcera abstraímos por completo de qualquer idéa referente á erosão simples.

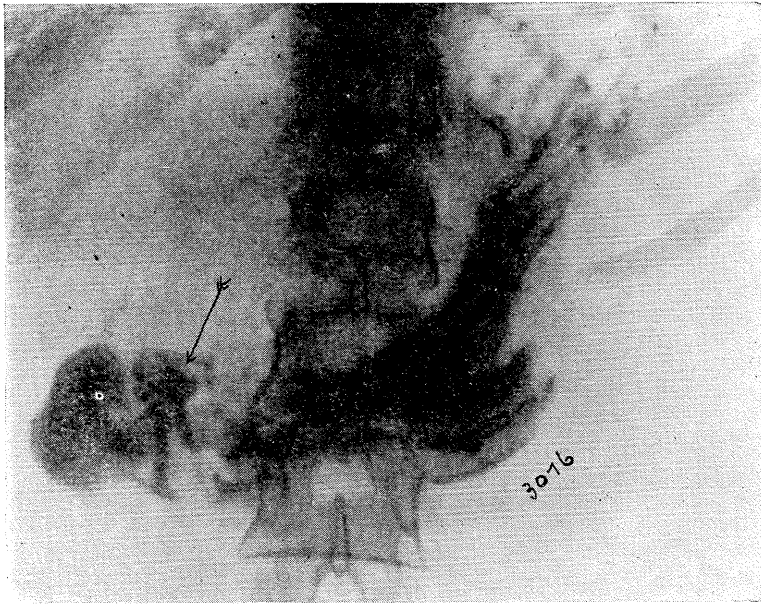


Fig. n.º 4 — Imagem total de estomago e duodeno. Neste já se evidencia uma leve convergencia das pregas mucosas.

Não ha duvida que, nos casos de grandes lesões ulcerosas, attingindo todas ou quasi todas as camadas do estomago e muitas vezes mesmo perfurando-o, a relevografia pouco ou nada adianta sobre o exame classico, uma vez que estas lesões estejam situadas nas bordas do orgão ou proximo a elas, fornecendo por conseguinte uma imagem tipica do nicho de Haudek. Uma vez porem que estas lesões estejam situadas numa das faces do orgão o exame classico pode falhar, mesmo em se tratando de ulceras bem desenvolvidas. Si isto é possivel com grandes ulceras como já tivemos ocasião de constatar, que não dizer das pequenas ulcerações que possam ter a sua séde nas paredes anterior ou posterior do estomago? E si, de fato, a ulcera da pequena curvatura e da porção da face posterior adjacente a ela, são as mais frequentes, as outras localizações não são tão raras: entre outras estatisticas podemos citar a de Harslöff feita com 244 casos autopsiados no Hospital Municipal de Conpenhague nas quais achou que em 56% dos casos as ulceras estavam na pequena curvatura, em 14% na região pilorica e nos restantes 30% nas faces anterior e posterior, no "fornix", na grande curvatura, etc. (o autor não especifica as respectivas percentagens).

A relevografia tornando muito mais facil o diagnostico de tais lesões abre-nos um novo campo de explorações cujo resultado promete ser fertil.

O aspéto da convergencia radiada das pregas mucosas em torno da lesão ulcerosa é dos mais interessantes e característicos. Descrito pela primeira vez por Eisler e Lenk em 1921, êle tem sido estudado por diversos autores e sua genese é hoje mais ou menos bem conhecida.

Carnot e Dioclès, por estudos experimentais, demonstraram que quando ha uma perda de substancia ao nivel da mucosa, a parte da mucosa restante, por um mecanismo de enrugamento provocado pela contração da “muscularis mucosae”, tende a encobrir o defeito; por outro lado, quando se produz uma lesão ulcerosa, o edema da sub-mucosa levanta esta camada e produz a sua retração em torno da lesão; ora, sabemos que a sub-mucosa adere mais ou menos intimamente á mucosa e tambem que ambas escorregam facilmente sobre a musculosa. Desse modo compreende-se que uma lesão ulcerosa possa modificar o curso das dobras normais da mucosa gastrica, traindo-as sobre si, provocando mesmo a formação de novas pregas que convergem todas para ela “como os rios para um lago”.

Com o processo da cicatrização, produz-se a retração propria a esta, há um endurecimento, uma perda de elasticidade das prégas radiadas, formando o que Gutzeit denominou em seus exames gastroscopicos de “torção das dobras” e que se traduz relevograficamente pela imagem estrelada de Eisler e Lenk.

Carnot e Dioclès descrevem esta imagem estrelada como sinal diréto de ulcera mesmo quando não se tenha obtido simultaneamente a imagem do nicho.

A interpretação da imagem estrelada deve entretanto ser feita com cuidado pois há um certo numero de causas de erro que não devem ser desprezadas: anastomose em rêde das dobras normais (“for-nix” e terço superior do “corpus” como já vimos) corpos estranhos na cavidade gastrica aglutinando o bario, etc.; um exame cuidadoso entretanto será sempre capaz de eliminar estas causas de erro que poderiam crear dificuldades a um observador não experimentado.

Nem sempre porém a relevografia nos fornece uma imagem radiada como sinal diréto de ulcera. Retrações ou desvios das prégas mucosas sendo a sua genese semelhante á da imagem estrelada: infiltração inflamatória e retração fibro-esclerosa.

A gastrite satellite da ulcera tambem é um sinal de importancia em vista das relações reciprocas dos dois processos e da desconfiança que nos deve inspirar sempre um diagnostico de gastrite pura.

Não tem sido pequeno o numero de casos em que se tem notado a falta de relação entre o tamanho do nicho observado radiologicamente e o da ulcera encontrada pela laparotomia. Muitas vezes mesmo se torna necessaria a abertura do órgão suspeito e a pesquisa minuciosa da lesão na mucosa, pois á palpação da parede éla não se mostra perceptivel; segundo Albrecht seria mesmo necessario em certos casos recorrer-se a cortes em preparados anatomicos. Por outro lado muitos autores têm assinalado o desaparecimento do nicho após o tratamento medico, nas fases de acalmia da lesão ulcerosa e que antigamente se designava como “cura clinica” da ulcera; tempos mais tarde

es sintomas voltavam e um novo exame radiológico mostrava a presença do nicho da ulcera "curada".

Responsavel por estes fatos é, segundo Schütz, a lesão gastrítica em torno da lesão ulcerosa: em redor da ulcera produz-se uma verdadeira hiperplasia adenomatosa. O edema e a proliferação dos elementos inflamatórios produzem nas bordas da lesão uma verdadeira elevação que naturalmente dá na imagem radiologica a impressão de ser o nicho mais profundo. A contração espasmodica de um certo numero de fibras musculares em torno da lesão, viria, segundo alguns autores, ainda aumentar o tamanho desta cratera contribuindo para a formação de uma especie de "poço espasmodico", no fundo do qual se encontra o verdadeiro nicho.

Este anel mucoso circundante da ulcera ("Ringwall" dos autores alemães) tem uma expressão nitida na relevografia; um halo ou aureola clara, porque ao seu nivel a substancia opaca não impregna tão bem a mucosa como nas outras zonas. Tempos mais tarde estando o paciente em condições para ser operado, melhorado por um regime e tratamento apropriados, o cirurgião terá muitas vezes dificuldade em encontrar uma ulcera que aos raios X era nitida. E' que, tendo cedido em parte os fenomenos inflamatórios e espasmodicos, desaparece aquela especie de funil no fundo do qual se encontrava a ulcera e lhe dava na radiografia um aspecto muito maior do que ela realmente tem. Tambem após as hemorragias como é facil de prever, a mucosa ficando menos tumefata, o anel circundante desaparece. O exame relevografico permite seguir a evolução deste anel mucoso, assim como as minimas variações de volume do nicho.

Relevografia nas neoformações gastricas

Sua grande importancia pratica —
Interpretação das imagens — Criticas
de Eisler — Estudo relevografico aos
tumores benignos.

A relevografia nos carcinomas de estomago mostra-se preciosa por dois motivos: primeiro por ser um meio de diagnostico precoce, o mais precoce de todos talvez, dando-nos conta da infiltração carcinomatosa da parede gastrica muitas vezes antes mesmo de se manifestarem os sintomas clinicos nitidos; em segundo lugar porque mesmo quando clinica e radiologicamente está bem constatada a presença de um carcinoma a relevografia nos dá informações incomparaveis sobre a forma, séde e extensão dessa neoformação, dados simplesmente admiraveis e utilissimos para discutir as indicações operatorias e para a orientação do cirurgião.

Dois fenomenos caracterizam o cancer gastrico na imagem relevografica: a cessação brusca, a interrupção das prégas ao nivel do tumor e a grande irregularidade e rigidês das mesmas nas vizinhan-

gas da parte lesada. Se o tumor estiver ulcerado encontraremos na zôna correspondente ao desaparecimento do pregueamento uma retenção uniforme ou irregular de bário; em caso contrario nota-se aí apenas uma lacuna irregular.

Estes dois sinais que acabamos de descrever são absolutamente característicos e permitem sempre um diagnostico seguro.. Albrecht assim como Berg, dizem que por este método puderam muitas vezes afastar diagnosticos clinicos suspeitos e outras vezes afirmar diagnosticos clinicamente vagos. Albrecht faz notar que por mais de uma vez observou como um diverticulo duodenal podia simular os sintomas do carcinoma de estomago, principalmente em sua fase inicial e chama atenção para este fato que deveria estar sempre presente na mente do clinico e do radiologista.

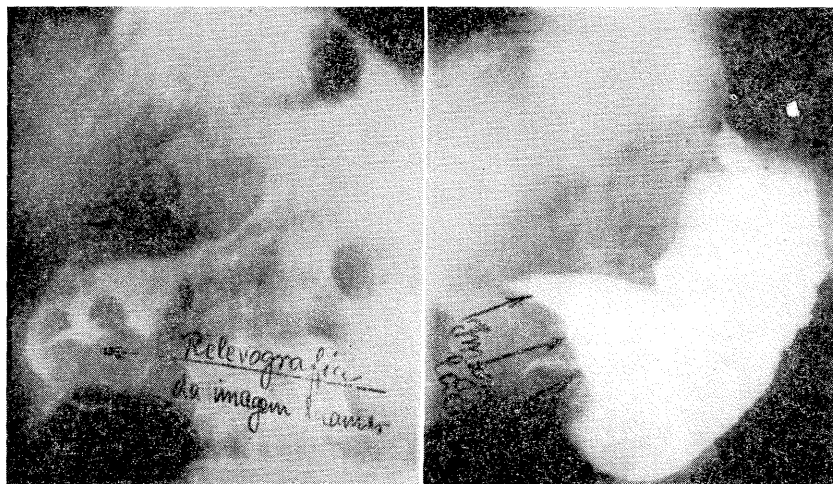


Fig. n.º 7 — Cancer do estomago. Estudo comparativo entre a imagem classica e a relevografica. Note-se a maior riqueza de detalhes da segunda e a mancha de bário no centro do tumor dando a impressão de se tratar de um tumor ulcerado.

Eisler, que se dedicou profundamente ao estudo radiológico dos carcinomas, acha que, no diagnostico dos mesmos, devem ser applicados os dois processos, o da mucosa e o do enchimento total, pois não são raros certos carcinomas que se desenvolvem por baixo da mucosa não modificando ou modificando muito pouco o relevo da mesma; baseando-se em exemplos typicos procura este autor justificar a sua afirmação.

Nos casos de tumores benignos do estomago, tais como os polipos, nota-se na relevografia tambem o aparecimento de uma imagem lacunar, porém de uma regularidade mais ou menos perfeita, não havendo além disso o carater do endurecimento e da irregularidade das pregas mucosas nas vizinhanças da lesão.

Relevografia na ulcera duodenal

O nicho chato de Akerlund — sua interpretação e relação com a relevografia — As deformações bulbares e a duodenite.

A relevografia mostra-se de grande valor na demonstração da ulcera duodenal de face, no nicho chato de Akerlund. Os trabalhos mais recentes de Gutmann chegam á conclusão que o nicho de face não é tão raro como se pensava. Partindo do fáto que, no exame radiológico, a maioria das ulceras se mostra numa das curvaturas do bulbo, ao passo que na intervenção élas se encontram mais frequentemente numa das faces deste órgão, Gutmann pensa que, na verdade, o nicho de face é o mais frequente e o que se diagnostica por nicho de uma das curvaturas não é mais do que um “diverticulo pre-ulceroso” (Akerlund) um “pseudo-diverticulo para-ulceroso” (Gutmann).

Pedro Maciel não pensa da mesma fôrma: para êle dois fatores influem para mostrar na pequena curvatura um nicho de face — a retração com endurecimento das paredes, deformando as curvaturas normais do bulbo e a posição vertical em que são mais frequentemente tomadas as radiografias e que faz descer, pelo peso do bario, as paredes bulbares não alteradas pela esclerose peri-ulcerosa.

Além destas duas, outras hipóteses têm sido formuladas para explicar tal discordancia; os argumentos por élas invocados porém já foram completamente rebatidos por criticas autorizadas.

As duas hipóteses que transcrevemos, segundo nossa opinião, explicam suficientemente a questão e ambas contêm igualmente argumentos bem fundamentados. Se por um lado, conforme mostra Gutmann, há casos em que o “diverticulo para-ulceroso”, por mais minuciosos que sejam os exames, simula perfeitamente, podendo ser tomado e tendo sido mesmo tomado por um nicho de ulcera, lançando confusão nas estatísticas, há outros casos em que prevalece a opinião de P. Maciel: são casos nos quais uma confusão do nicho com o diverticulo seria prova unicamente de um exame insuficiente ou de uma técnica defeituosa e nos quais a sua explicação é a mais plausível de todas: deformação das curvaturas normais devido á retração e endurecimento das paredes e o peso do bario fazendo descer as paredes bulbares não atacadas pelo processo de esclerose peri-ulcerosa.

Tambem as deformações tão frequentes do bulbo ulceroso (bulbos em trevo, coraliforme, etc.) não são visíveis no áto operatorio; a anestesia não póde ser incriminada por este desaparecimento pois êle se produz mesmo com anestesia local. Por este motivo a teôria mais moderna explica estes aspectos como sendo produzidos por tumefacções mucosas, pelo edema da sub-mucosa. Esta hipótese, levantada por Akerlund é sustentada por Gutmann. Para este autor a mucosa bulbar se intumesce, cava-se de sulcos e de reintrancias dando ao bulbo o aspecto deformado que o raio X releva e que o simples olhar na intervenção não percebe.

Estes edemas com as deformações que acarretam pódem ser mi-

nimos às vezes e em lugar de darem uma imagem deformada, teremos um aspecto bulbar normal. Se esperarmos um pouco para que este bulbo se esvazie ou se lançarmos mão de uma leve compressão (decubito ventral, balão de Chaoul, etc.), poderemos ver muitas vezes um halo claro de edema, semelhante ao que descrevemos para a ulcera gastrica e, no centro, a mancha de bario que representa o nicho de face. Por conseguinte as palavras "...bulbo se enchendo bem e de contornos regulares..." que vemos escritas muitas vezes em relatorios de exames praticados pelo método classico, não nos devem mais impressionar tanto como antigamente; é necessario recorrer, por um processo ou outro, ao estudo da mucosa deste bulbo e muitas vezes enstataremos lesões antes insuspeitaveis.

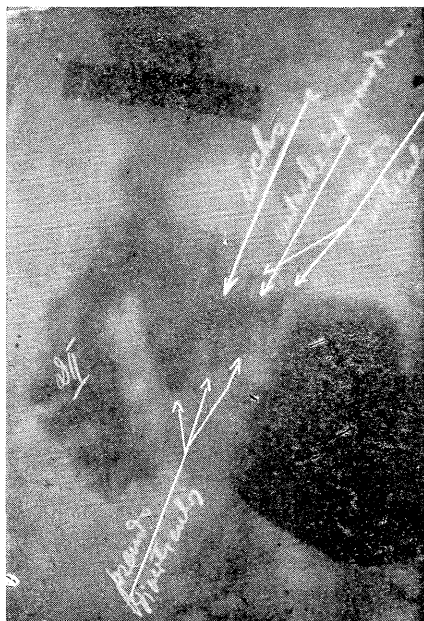


Fig. n.º 1 — Imagem relevografica obtida com uma leve compressão. O nicho se apresenta de face. A relevografia permite distingui-lo facilmente dos pseudo-diverticulos para-ulcerosos.

O valor enorme das radiografias em série é novamente focalizado: elas nos permitem seguir as diversas fases do esvaziamento do bulbo ou os diferentes aspétoes que o mesmo vai revelando a medida que se vai aumentando a compressão.

Gutmann pensa que sómente nos casos de ulceras pequenas se deva recorrer á processos especiais; em casos contrarios basta observar com cuidado o esvaziamento do bulbo pois a mucosa tumefacta é um verdadeiro compressor estendendo a substancia opaca em camada delgada. O balão de Chaoul sendo porém de um manejo tão facil e o bulbo custando tanto em alguns casos a se esvaziar, pensamos que nada poderá contraindicar o uso de uma leve compressão externa que muito auxiliará ao radiologista.

Relevografia no estomago operado

A evolução post-operatoria da gastrite
— A tumefacção das pregas mucosas
em torno da boca da anastomose —
A ulcera peptica — Suas relações com
a relevografia.

No estudo das lesões do estomago operado a relevografia corre poderosamente.

O successo da intervenção cirurgica praticada por uma ulcera gastro-duodenal, como uma gastro-entero-anastomose ou uma reseccão, depende em grande parte da evolução da gastrite para-ulcerosa. Não têm sido raros os casos de ulcerados que sofrem a gastro-entero-anastomose e que voltam tempos depois ao consultorio medico queixando-se de uma sintomatologia, senão identica, pelo menos muito semelhante a que tinham antes da intervenção. E' que, nestes casos a gastrite continuou sua evolução e tornou-se responsavel pelos sintomas então dominantes.

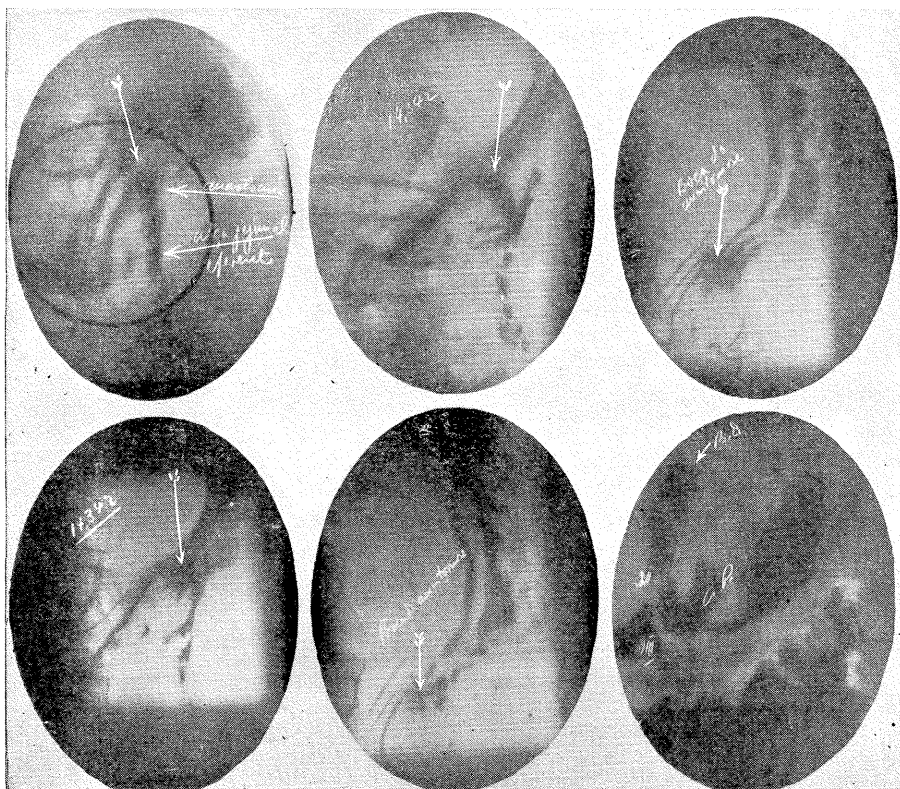


Fig. n.º 14 — Diversos aspectos relevograficos do estomago mostrando as pregas mucosas convergindo para a boca da anastomose e a sua disposição no resto do estomago.

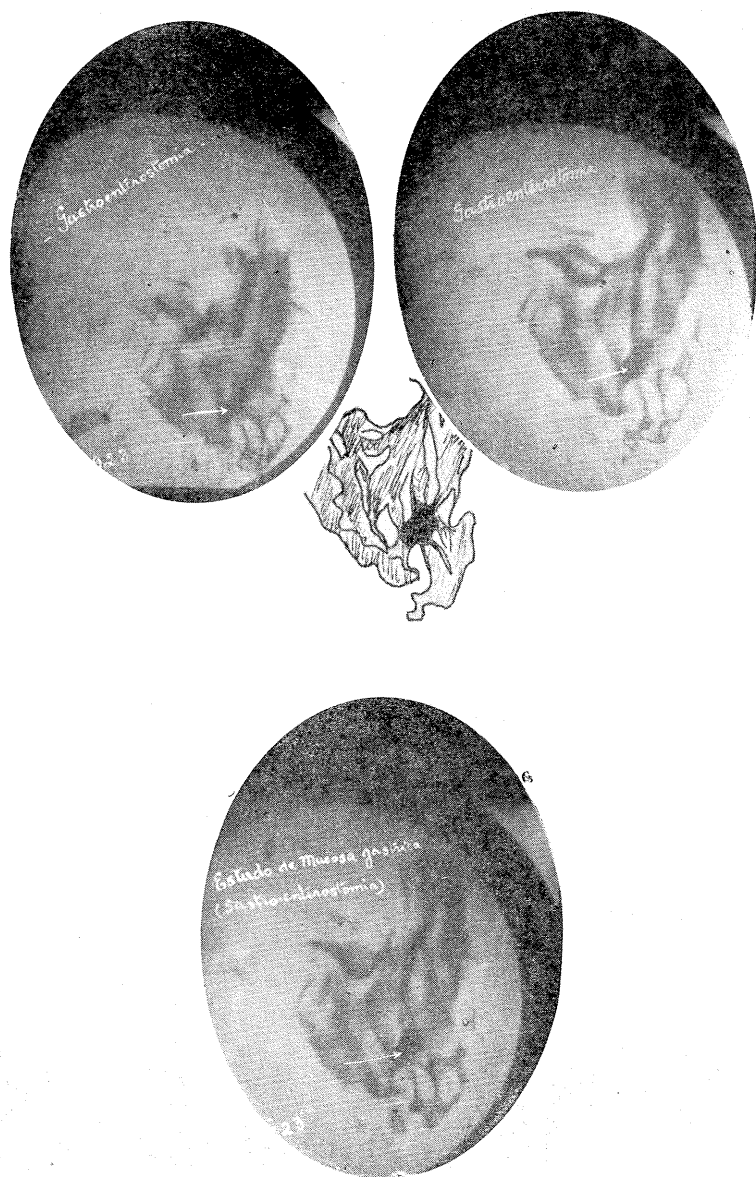


Fig. n.º 6 — Imagem relevografica da boca anastomotica, vendo-se assinalada por uma seta a ulcera paptica. As pregas mucosas estão aumentadas de volume.

Praticamente não há quasi diferença entre os sintomas clinicos da gastrite e os da ulcera não complicada: exclusivos da ulcera são unicamente a dôr da infecção, da perfuração ou do tipo solar e a estenose organica do piloro.

Por isto não é de admirar que uma gastrite post-operatoria não tratada simule perfeitamente a lesão ulcerosa, dando ao paciente e a um medico menos avisado a impressão de ter sido a cirurgia infrutífera. A relevografia diagnosticando com facilidade esta gastrite muito auxiliará ao pratico. A observancia de um regime post-operatorio o mais rigoroso possivel é a conclusão pratica de maior importancia a tirar destas considerações.

Outras vezes produz-se uma tumefação das prégas mucosas, em virtude da inflamação, em torno da boca da gastro-entero-anastomose, estenosando-a e simulando ao mesmo tempo, pela sua sintomatologia, a ulcera peptica.

A relevografia nos mostrará as prégas da região aumentadas de volume e deformadas; as prégas mucosas da boca da gastro-entero-anastomose se dispõem de maneira a servirem á modificação funcional para a qual foi forçado o órgão: na altura do orificio anastomotico as dobras da grande curvatura, que são paralelas ao eixo do estomago, se encurvam em angulo réto em direção ao jejuno, quer dizer na direção dos alimentos; as prégas mucosas do jejuno tambem modificam sua orientação de maneira a ficarem com a mesma direção que as dobras gastricas. Chaoul chama atenção para esse fáto como um argumento em favor de sua teoria que diz serem as prégas mucosas uma consequencia da contração, em determinada direção, da "muscularis mucosae".

São estas dobras as responsaveis pela estenose inflamatória da boca anastomotica com todo o seu cortejo sintomatico.

A dieta, o regime, a atropina, etc., contribuindo para a sedação dos fenomenos inflamatórios e espasmodicos, sedação esta que pôde ser perfeitamente acompanhada por exames relevograficos, produzem ao cabo de alguns dias a melhora do paciente.

A presenca da ulcera peptica tambem poderá ser perfeitamente notada pela relevografia. John D. Camp assim descreve o aspecto relevografico da ulcera peptica: "...rugas em torno da boca anastomotica com um grau variavel de aparente invaginação da grande curvatura na boca da anastomose...", "...a boca anastomotica e a porção contigua do jejuno têm uma apparencia tubular ou funicular devido á obliteração das prégas mucosas normais pela induração inflamatória. O sinal da ulcera jejunal é um estreitamento desse órgão e as saliencias normais das valvulas coniventes estão obliteradas pela reação inflamatória."